

TI_GERICHTE 36.2005.72 vom 5. September 2005

TI Tribunale d'appello, 2005-09-05, IT

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_36.2005.72

FR: TI_GERICHTE 36.2005.72 du 5 septembre 2005

IT: TI_GERICHTE 36.2005.72 del 5 settembre 2005

Regeste

richiesta di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore contro le malattie per un intervento di adattamento mammario bilaterale.

Erwägungen

E. 1

La presente vertenza non pone questioni giuridiche di principio e non è di rilevante importanza (ad esempio per la difficoltà dell'istruttoria o della valutazione delle prove). Il TCA può dunque decidere nella composizione di un Giudice unico ai sensi degli articoli 26 c cpv. 2 della Legge organica giudiziaria civile e penale e 2 cpv. 1 della Legge di procedura per le cause davanti al Tribunale delle assicurazioni (cfr. STFA del 21 luglio 2003 nella causa N., I 707/00; STFA del 18 febbraio 2002 nella causa H., H 335/00; STFA del 4 febbraio 2002 nella causa B., H 212/00; STFA del 29 gennaio 2002 nella causa R. e R., H 220/00; STFA del 10 ottobre 2001 nella causa F., U 347/98 pubblicata in RDAT I-2002 pag. 190 seg.; STFA del 22 dicembre 2000 nella causa H., H 304/99; STFA del 26 ottobre 1999 nella causa C., I 623/98). nel merito 2. Oggetto del contendere è la questione a sapere se l'assicuratore deve assumersi i costi dell'intervento subito dalla ricorrente il _____ (doc. A3). 3. Conformemente all'art. 24 LAMal l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite negli art. 25-31, secondo le condizioni di cui agli art. 32-34. Per l'art. 32 cpv. 1 LAMal, le prestazioni di cui agli art. 25-31 LAMal devono essere efficaci, appropriate ed economiche. L'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici. Il Consiglio federale può designare le prestazioni fornite da un medico o chiropratico che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie o lo sono soltanto a determinate condizioni (art. 33 cpv. 1 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. a OAMal). Questa disposizione si fonda sulla presunzione che medici e chiropratici applichino trattamenti e misure conformi all'art. 32 cpv. 1 LAMal. E' pertanto compito del Consiglio federale stilare una lista negativa di prestazioni che non rispettano questi criteri o che li rispettano solo parzialmente o a determinate condizioni (RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4a; DTF 125 V 28 consid. 5b). L'Esecutivo federale determina inoltre in quale misura l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi d'una prestazione, nuova o contestata, la cui efficacia, idoneità o economicità sia ancora in fase di valutazione (art. 33 cpv. 3 LAMal in relazione con l'art. 33 lett. c OAMal). Questa autorità può delegare al Dipartimento o all'Ufficio federale le competenze di cui ai capoversi 1-3 (art. 33 cpv. 5 LAMal). Le citate competenze sono state delegate al Dipartimento federale dell'interno (DFI) che, in data 29 settembre 1995, ha promulgato l'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre). 4. In particolare, e per quanto qui d'interesse, l'Allegato I all'OPre prevede, al

punto 1.1. intitolato “ chirurgia in generale ”, che l’intervento di ricostruzione mammaria viene preso a carico dell’assicurazione obbligatoria se eseguito per ristabilire l’integrità fisica e psichica della paziente dopo un’amputazione indicata dal profilo medico.

L’inserimento nell’OPre della ricostruzione del seno quale prestazione obbligatoriamente a carico degli assicuratori malattia si fonda su una sentenza (DTF 111 V 229) in cui il TFA ha ricordato il principio secondo il quale la ricostruzione dell’integrità fisica - menomata dalla cura di affezioni gravi, in specie affezioni tumorali o postumi di gravi infortuni - va ancora considerata cura di una malattia e, quindi, va posta a carico degli assicuratori quando serve all’eliminazione delle conseguenze secondarie della malattia o dell’infortunio se queste concernono parti del corpo visibili e particolarmente importanti dal punto di vista estetico. In altri termini le casse devono assumere i costi degli interventi che hanno come scopo l’eliminazione di rilevanti imperfezioni fisiche dovute a malattia o ad infortunio a condizione che le altre condizioni desunte dalla giurisprudenza dall’art 12 LAMI (carattere scientifico del trattamento ed economicità) siano soddisfatte (RAMI 1986, pag. 121 e seg., consid. 2c). Certo, come ha rilevato la giurisprudenza, tali interventi - che pur servono alla riparazione di un danno corporale - ristabiliscono un’apparenza esteriore ed hanno, quindi, una connotazione marcatamente estetica. Ciò nonostante, si tratta di misure terapeutiche nei casi in cui l’alterazione fisica cui si vuole porre riparo costituisce un danno all’integrità fisica dell’assicurato. Applicando questi principi il TFA ha ritenuto che l’amputazione del seno a seguito di un tumore costituisce una menomazione grave dell’integrità fisica la cui riparazione é a carico delle casse: “ .. aussi, selon la ratio legis, l’assurée a-t-elle droit en principe , à la suite d’une amputation mammaire prise en charge par une caisse-maladie au titre des prestations légales obligatoires, aux mesures nécessaires au rétablissement de son état physique, sous réserve de contre-indications médicales ...” (RAMI 1986 pag. 121 e seg. consid. 3b in fine) Con sentenza 28 dicembre 2001 (K80/00) il TFA ha ritenuto in particolare come: “ Preliminarmente va rilevato che in RAMI 1984 pag. 209 la Commissione di esperti per le prestazioni generali dell’assicurazione malattia ha indicato che la ricostruzione chirurgica di un seno per ricostituire l’integrità fisica e psichica della paziente dopo un’amputazione indicata da un punto di vista medico dovrebbe essere a carico dell’assicurazione malattia. Nella sentenza pubblicata in DTF 111 V 229 seg. questa Corte ha quindi modificato la propria giurisprudenza, ponendo a carico dell’assicuratore malattia i costi per la ricostruzione di un seno amputato in seguito a malattia. A motivazione della nuova prassi il Tribunale federale delle assicurazioni ha addotto che lo scopo di un trattamento medico, nei limiti dell’assicurazione malattia, è quello di eliminare nel modo più completo possibile il danno alla salute fisica e psichica subito dalla paziente. Essendo l’amputazione, indicata da un punto di vista medico, considerata un pregiudizio secondario riconducibile alla malattia, essa dev’essere eliminata grazie ad un intervento chirurgico a carico dell’assicurazione malattia. Questa Corte ha pure precisato che, nel caso di una mastectomia, entrano in linea di conto i provvedimenti tendenti in primo luogo a sopprimere il danno al corpo, che vanno considerati terapeutici se vi è un pregiudizio all’integrità della persona interessata. Ciò dipende dalle circostanze del caso concreto e meglio dalla questione circa le conseguenze dell’amputazione sullo stato fisico della paziente. Alla luce di questa nuova giurisprudenza, nell’allegato 1 all’OPre (e già in precedenza nell’Ordinanza 9 del DFI concernente alcune misure diagnostiche e terapeutiche; cfr. RAMI 2000 no. KV 113 pag. 126 seg.) è quindi stata introdotta, a carico della LAMal, l’assunzione dei costi della ricostruzione di un seno amputato per motivi medici, per ristabilire l’integrità psichica e fisica della paziente. Ritenuto che la cifra 1.1

dell'allegato all'OPre si fonda sul parere della Commissione di esperti e sulla giurisprudenza succitata (a cui è quindi conforme, cfr. RAMI 2000 no. KV 113 pag. 130 consid. 4b), è lecito dedurre che il legislatore ha inteso unicamente disciplinare la ricostruzione di un seno amputato per motivi medici, non anche la ricostruzione del seno sano in caso di amputazione e ricostruzione del seno malato con successiva asimmetria mammaria. Alla luce di quanto sopra esposto i costi della ricostruzione di un seno sano in seguito ad amputazione e ricostruzione del seno malato non possono ... essere posti a carico dell'assicurazione obbligatoria in base alla cifra 1.1. dell'allegato 1 all'OPre." L'alta Corte Federale ha comunque ritenuto, sulla scorta della sua giurisprudenza, che ciò non significa " tuttavia che i costi di questo provvedimento non possano, a determinate condizioni, essere posti obbligatoriamente a carico della LAMal (sentenza del 29 gennaio 2001 in re L. K 171/00; RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 consid. 3; no. KV 113 pag. 131 consid. 4c; premessa all'allegato Opre, in cui la lista non è indicata quale esaustiva). In una sentenza pubblicata in RAMI 2000 no. KV 138 pag. 357 seg. questa Corte ha avuto modo di stabilire che nei limiti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie, l'assunzione di provvedimenti operatori, segnatamente le plastiche di riduzione in caso di ipertrofia mammaria, di displasia o d'asimmetria del seno si fonda - oltre che sui criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità (art. 32 cpv. 1 LAMal) - sulla prassi (giurisprudenziale e amministrativa) vevole vigente la LAMI (cfr. DTF 121 V 213 segg. consid. 4 e 5; RAMI 1994 no. K 931 pag. 57 consid. 2b, 1992 no. K 903 pag. 231 consid. 2c e 3). Secondo questa giurisprudenza una riduzione del seno tendente a correggere un'ipertrofia mammaria va posta a carico dell'assicurazione malattia obbligatoria se l'ipertrofia causa disturbi fisici o psichici aventi valore di malattia e lo scopo dell'intervento è l'eliminazione di questi disturbi. Decisiva non è la presenza di un determinato quadro di disturbi, ma la rilevanza degli stessi ed il fatto che mettano in secondo piano altri motivi, come ad esempio quelli di carattere estetico. È in particolare sufficiente che il nesso di causalità tra i disturbi e l'ipertrofia mammaria sia provato con il grado della verosimiglianza preponderante valido nelle assicurazioni sociali (RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 consid. 3a; DTF 121 V 208 consid. 6b e riferimenti). La sola possibilità non è quindi sufficiente. D'altro lato un nesso in senso scientifico stretto non è necessario. Nella sentenza pubblicata in RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 questa Corte ha pure precisato che il carattere di prestazione obbligatoria di una plastica riduttiva, di una displasia mammaria o di un'asimmetria dei seni si esamina secondo gli stessi principi (sentenza del 29 settembre 2001 in re L. consid. 2b K 171/00; RAMI 2000 no. KV 138 pag. 359 consid. 3a, 1994 no. K 931 pag. 59 consid. 3d e riferimenti). In RAMI 2000 no. KV 138 è stata inoltre esaminata e dichiarata infondata l'assunzione dei costi dell'operazione per correggere un'asimmetria mammaria congenita. In particolare non è stato riconosciuto il carattere di malattia psichica ai disturbi di cui soffriva l'assicurata in seguito a questo difetto." Il TCA ha applicato la citata giurisprudenza in un caso sfociato nella sentenza dell'8 aprile 2003 (inc. 36.2002.73), dove questo Tribunale, accertato che la patologia psichica di cui soffriva la ricorrente travea origine dall'asimmetria mammaria, ha posto l'intervento a carico dell'assicuratore. Con sentenza del 17 febbraio 2003 nella causa D. (inc. k 132/02), il TFA ha ribadito quanto sopra e, a proposito di un'assicurata che nel 1992 aveva subito un intervento simile a quello in esame e che nel 2000 intendeva effettuare un nuovo intervento, ha affermato: " ... il convient encore d'ajouter que, selon la jurisprudence récente (arrêt U. du 28 décembre 2001, K 80/00), les coûts de reconstruction d'un sein demeuré sain et devenu asymétrique à la suite d'une amputation et de la reconstruction de l'autre sein, atteint d'une tumeur, ne sont pas à la

charge de l'assurance obligatoire des soins au regard du chiffre 1.1 de l'annexe 1 à l'OPAS. Le fait de mettre éventuellement ces coûts à la charge de l'assurance-maladie ne pourrait se justifier que dans l'hypothèse où le défaut cause des troubles physiques ou psychiques ayant valeur de maladie, ce critère étant également applicable dans les cas de correction d'un sein asymétrique congénital ou d'une hypertrophie mammaire (cf. à ce sujet RAMA 2000 n° KV 138 p. 359 consid. 3a). ... Appliquées au cas d'espèce, ces règles ont pour conséquence qu'il n'incombe pas à la caisse-maladie intimée de prendre en charge les frais de chirurgie plastique et reconstructive pratiquée sur le sein droit de la recourante, en l'absence de troubles physiques ou psychiques consécutifs ayant valeur de maladie (cf. à cet égard, Eugster, op. cit. n° 87). Il n'est ainsi pas nécessaire de se prononcer sur la question, examinée par les juges cantonaux, de savoir si une asymétrie de volume des seins provoquée par une opération chirurgicale a valeur de maladie. Reste à déterminer si l'intervention pratiquée sur le sein gauche relève de l'assurance obligatoire des soins au titre de rétablissement de l'intégrité physique. Sur ce point, il convient tout d'abord de rappeler que, contrairement à la situation découlant d'une mastectomie, soit d'une amputation totale, la recourante a fait l'objet d'une quadrantectomie (qualifiée d'excision par le docteur A. _____) laquelle a laissé subsister le sein gauche. Sous cet angle, la question de la prise en charge des suites d'une quadrantectomie en tant que telle peut toutefois rester ouverte, dès lors que les conditions légales, exposées ci-dessus, n'en sont de toute façon pas remplies. En effet, les avis des médecins qui ont examiné la recourante divergent quant aux conséquences de l'intervention pratiquée en 1992. Alors que le chirurgien évoque une déformation bien visible, le médecin-conseil n'a constaté qu'une légère dépression du quadrant supéro-externe (supra consid. 3). Au vu de l'une et l'autre appréciation cependant, il y a lieu de constater qu'il n'est pas établi que l'altération ait présenté une certaine ampleur, condition nécessaire pour justifier la prise en charge comme prestation légale obligatoire. En outre, et dès lors que le recours à un médecin expert n'est pas envisageable en l'absence de photographies de qualité suffisante (cf. courrier du docteur A. _____ au Tribunal des assurances vaudois du 6 février 2002 et note du docteur B. _____ du 16 janvier 2001), il n'apparaît pas critiquable de suivre, à l'instar des premiers juges, l'appréciation donnée, à la suite d'un examen personnel de l'assurée, par le médecin-conseil de la caisse dont il y a lieu de rappeler le rôle déterminant dans l'appréciation du caractère économique d'un traitement (ATF 127 V 47 consid. 2d)." 5. Come nel caso sopra citato, anche in concreto, la Cassa non deve, in ogni caso, assumersi i costi dell'intervento al seno destro, in assenza di patologie fisiche e psichiche aventi valore di malattia (STFA del 17 febbraio 2004, k 132/02, consid. 5). Per quanto concerne l'operazione al seno sinistro, dagli atti emerge che il _____ la Dr. med. _____, spec. FMH in _____, _____, ha visitato l'insorgente affermando che: " La Signora riferisce che, progressivamente, ha notato una differenza fra i due seni, non risente alcun disturbo, se nonché quello estetico, poiché il seno sinistro ricostruito appare più voluminoso nella sua parte superiore in confronto al seno destro. Oggettivamente la paziente è in ottima forma, le distanze jugulum-capezzolo e polo inferiore areola- solco sottomammario sono bilateralmente uguali. Il seno destro, in confronto al mio ultimo controllo del maggio 2003, ha subito una riduzione naturale del volume ghiandolare, dando un seno svuotato prevalentemente nei suoi quadranti superiori e sproporzionato fra il rivestimento cutaneo ed il contenuto ghiandolare. La riduzione del volume ghiandolare determina così un appiattimento del seno verso il torace. Il seno sinistro ha subito anche una riduzione del volume ghiandolare, quindi del volume sottostante l'innesto. Valutazione e procedere: Insieme con la paziente

ho discusso come adattare la riduzione bilaterale del volume ghiandolare. Il volume ghiandolare destro venuto a mancare può essere sostituito con un innesto, in modo da ritrovare il volume iniziale del seno. La protesi, ora presente al seno sinistro, dovrebbe allora essere sostituita con una di maggior volume, onde simmetrizzare al meglio i due seni. (...) L'intervento può essere previsto, qualora la paziente lo desiderasse." (doc. 7, sottolineature del redattore) Da parte sua il medico fiduciario della Cassa, dr. med. _____, ha affermato che l'intervento ha caratteristiche estetiche ed ha negato la presa a carico da parte dell'assicuratore. Il medico fiduciario non ha inoltre trovato riscontro di asseriti disturbi al seno sinistro (doc. 17). Con scritto del 24 maggio 2005 alla rappresentante della ricorrente, la dr. med. _____ ha affermato: " _____ la Signora RI 1 aveva subito una quadrantectomia supero-esterna per un carcinoma del seno sinistro. _____ avevo effettuato una ricostruzione mammaria secondaria, ossia differita, per correggere il difetto al seno sinistro creatosi con l'asportazione della ghiandola nel quadrante supero-esterno. Rimpiazzavo il volume mancante con l'innesto di una protesi, di forma anatomica, inserita capovolta, in modo da colmare il difetto. Il risultato ottenuto era soddisfacente sia per la Signora sia per me. Nel corrente dell'anno _____ la Signora ha risentito un cambiamento e quando mi ha consultata, il _____, ho notato che, sia il seno sinistro sia quello destro, avevano subito una riduzione del volume ghiandolare. Ciò significa che a sinistra la protesi non era cambiata, ma era cambiato il volume sottostante e attorno; ossia il seno sinistro manteneva il suo volume là dove c'era la protesi, ma non sotto e attorno ad essa. Il fatto che la Signora RI 1 segnalasse che la protesi "andava a spasso" e che "non poteva dormire sul fianco" è compatibile con il mio esame clinico del _____." (doc. 21) Infine, con scritto del 28 luglio 2005 il Dr. med. _____, _____, ha osservato: " Con la presente si conferma di aver visitato in data _____ la summenzionata paziente per un controllo di follow-up oncologico. Al momento della visita era evidente uno spostamento verso l'alto della protesi mammaria sinistra, che oltre a recare un importante danno estetico era fonte di disturbi locali, in particolar modo in posizione sdraiata, rendendo difficile il sonno. A nostro parere quindi risultava già chiaro allora, che un intervento di sostituzione di tale protesi non aveva un'indicazione esclusivamente estetica ma anche clinica." (doc. B1) 6. Come ancora recentemente ribadito dal TFA (STFA del 20 aprile 2005, K 24/04), per quanto concerne la valenza probatoria di un rapporto medico, determinante, secondo la giurisprudenza, è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio, quale perizia o rapporto (DTF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c; Hans-Jakob Mosimann, Zum Stellenwert ärztlicher Beurteilungen, in Aktuelles im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 2001, pag. 266). Nella sentenza pubblicata in Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., l'Alta Corte ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove (art. 40 PC e art. 19 PA, art. 95 cpv. 2, art. 113 e 132 OG) definire delle direttive in relazione alla valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In presenza di rapporti medici contraddittori il giudice non può evadere la vertenza senza valutare l'intero materiale e indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (sentenza dell'8 ottobre 2002 nella causa C., I 673/00). Al riguardo va tuttavia precisato che non si può pretendere dal giudice che raffronti i diversi pareri

medici e parimenti esponga correttamente da un punto di vista medico, come farebbe un perito, i punti in cui si evidenziano delle carenze e qual è l'opinione più adeguata (SVR 2000 UV no. 10 pag. 35 consid. 4b). 7. Come emerge dagli atti l'intervento subito dall'insorgente era dettato da motivi prevalentemente estetici. Infatti dal referto del _____ della dr. med. _____ risulta espressamente che la ricorrente " riferisce che, progressivamente, ha notato una differenza fra i due seni, non risente alcun disturbo, se nonché quello estetico poiché il seno sinistro ricostruito appare più voluminoso nella sua parte superiore in confronto al seno destro. " (doc. A5) L'interessata inoltre è " in ottima forma " e l'intervento non è necessario in quanto può essere previsto " qualora la paziente lo desiderasse. " (doc. A5) Dal certificato emerge inoltre che l'intervento al seno sinistro è stato dettato dal fatto che per adattare la riduzione bilaterale del volume ghiandolare, il volume venuto a mancare a destra " può essere sostituito con un innesto, in modo da ritrovare il volume iniziale del seno ", con la conseguenza che " la protesi, ora presente al seno sinistro, dovrebbe allora essere sostituita con una di maggior volume, onde simmettrizzare al meglio i due seni. " Per cui, l'intervento al seno sinistro non è dovuto a motivi medici, bensì alla circostanza che volendo modificare il volume ghiandolare destro è necessario intervenire anche sul seno sinistro per evitare un'asimmetria. Del resto nel referto viene indicato che " insieme con la paziente ho discusso come adattare la riduzione bilaterale del volume ghiandolare. " (doc. A5) Non vi è dubbio alcuno che l'intervento prospettato nel corso del mese di _____ era dovuto esclusivamente a motivi estetici. Solo in un secondo tempo, ossia dopo il rifiuto da parte dell'assicuratore di assumersi i costi dell'intervento (_____), l'insorgente ha fatto valere dei disturbi, affermando in particolare che la protesi " andava a spasso " e che " non poteva dormire sul fianco ". Va innanzitutto evidenziato come le dichiarazioni della prima ora rilasciate spontaneamente, in generale sono meno condizionate e più attendibili delle descrizioni fornite più tardi, poiché consciamente o inconsciamente influenzabili da riflessioni inerenti al diritto delle assicurazioni o di altra natura fatte in un secondo tempo. Questa massima non è una regola probatoria formale, bensì unicamente un ausilio interpretativo di giudizio di cui tenere conto nell'ambito del libero apprezzamento delle prove. Tale massima può essere applicata unicamente quando non siano da attendersi altri elementi cognitivi risultanti da ulteriori accertamenti dei fatti (STFA del 22 giugno 2005 nella causa B., U 243/04; cfr. RAMI 2004 pag. 547; Bühler, Der Unfallbegriff, in: Alfred Koller [Hrsg.], Haftpflicht-und Versicherungsrechtstagung 1995, San Gallo 1995, pag. 267 seg.). Le affermazioni dell'insorgente sono in netto contrasto con quanto accertato dalla Dr. med. _____ il _____ (la paziente " non risente alcun disturbo, senonché quello estetico " e " Oggettivamente la paziente è in ottima forma ") e vanno interpretate alla luce del rifiuto della Cassa di pagare l'operazione poi effettuata il _____ (doc. A3). Anche la affermazioni del Dr. med. _____, il cui certificato è del 28 luglio 2005, vanno interpretate nel senso che l'indicazione principale per l'intervento era dettata da motivi estetici, mentre gli asseriti disturbi locali erano di ben poca importanza se in occasione della visita del _____ la Dr. med. _____ non aveva riscontrato alcun disturbo. Del resto il medico fiduciario, Dr. med. _____, specialista in _____, ha chiaramente accertato, anche in base ad una telefonata con la dr. med. _____, che l'intervento sarebbe stato effettuato per ragioni estetiche e che i disturbi indicati dalla ricorrente non sarebbero stati confermati dalla Dr. med. _____. A questo proposito non va poi dimenticato il ruolo del medico della Cassa che la nuova LAMal regola all'art. 57: "

Il medico di fiducia consiglia l'assicuratore su questioni d'ordine medico come pure su problemi relativi alla remunerazione e all'applicazione delle tariffe. Esamina in particolare se sono adempite le condizioni d'assunzione d'una prestazione da parte dell'assicuratore.

E. 5

Il medico di fiducia decide autonomamente. Né l'assicuratore né il fornitore di prestazioni e le rispettive federazioni possono impartirgli istruzioni." La LAMal attribuisce quindi, al medico fiduciario, un ruolo importante rafforzato rispetto alla vecchia LAMI. Il medico di fiducia è divenuto un organo di applicazione dell'assicurazione malattia sociale e si occupa di valutare l'adeguatezza allo scopo e l'economicità di un trattamento (EUGSTER, Kranken-versicherung, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], pagg. 32-34). Il suo ruolo consiste in particolare nell'evitare agli assicuratori malattia la presa a carico di misure inutili e nell'offrire all'assicurato una certa protezione contro un eventuale rifiuto ingiustificato dell'assicuratore di versare prestazioni (DTF 127 V 48 = STFA del 21 marzo 2001 nella causa V., K 87/00, pag. 4 consid. 2d e dottrina citata). Il parere del dr. med. _____, che nel caso concreto appare indipendente nell'esame della situazione, motivato in maniera chiara e adeguata, pur non determinante in concreto, conferma comunque quanto già risulta dal referto allestito dalla Dr. med. _____ nel mese di _____, ossia l'assenza di una patologia psichica o fisica che avesse valore di malattia atta a mettere a carico dell'assicurazione sociale i costi dell'intervento. Questo TCA deve pertanto concludere che l'intervento effettuato in realtà aveva quale scopo quello di "simmetrizzare al meglio i due seni" (doc. A5), sostituendo le protesi del seno sinistro con una di maggior volume per motivi prettamente estetici. La decisione della Cassa merita pertanto conferma, mentre il ricorso va respinto. 8. L'insorgente richiama dall'assicuratore l'intero incarto dal _____ ad oggi, nonché l'audizione di tre medici e il richiamo, dai medesimi specialisti, di tutta la documentazione inerente la ricorrente. Alla luce delle conclusioni cui è giunto il TCA sulla scorta degli atti medici prodotti dalle parti, chiari e illuminanti, questo Tribunale ritiene superfluo il richiamo di ulteriore documentazione, nonché l'audizione dei tre medici. Infatti sulla scorta dell'incarto è stato accertato che l'intervento litigioso era dovuto a motivi prettamente estetici. Altre prove non porterebbero alcun elemento di novità atto a modificare l'esito della vertenza. Conformemente alla costante giurisprudenza, se gli accertamenti svolti d'ufficio permettono all'amministrazione o al giudice, che si sono fondati su un apprezzamento diligente delle prove, di giungere alla convinzione che certi fatti presentino una verosimiglianza preponderante, e che ulteriori misure probatorie non potrebbero modificare questo apprezzamento, è superfluo assumere altre prove (apprezzamento anticipato delle prove; Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, pag. 212 no. 450, Kölz/Häner, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2a ed., pag. 39 no. 111 e pag. 117 no. 320; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2a ed., pag. 274; cfr. anche STFA del 20 aprile 2005 nella causa Z., K 24/04; DTF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti). Tale modo di procedere non costituisce una violazione del diritto di essere sentito desumibile dall'art. 29 cpv. 2 Cost. (e in precedenza dall'art. 4 vCost.; DTF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d, 119 V 344 consid. 3c e riferimenti, SVR 2001 IV no. 10 pag. 28 consid. 4b). In queste circostanze questo Tribunale rinuncia all'assunzione di ulteriori prove.